

# Solicitud de Seguro Plan Dental Minimed

Por la presente se solicita a **Pan-American Life de Guatemala** un Seguro Colectivo del plan de término renovable de un año, sobre la vida (por causa accidental) de los empleados elegibles del Patrono o Contratante que aparece a continuación. Si la misma es aceptada será emitida de la manera siguiente:

## 1) INFORMACIÓN GENERAL DEL PATRONO O CONTRATANTE:

RAZÓN SOCIAL O NOMBRE COMERCIAL:	
DIRECCIÓN:	
E-MAIL PARA FACTURA ELECTRÓNICA:	
NIT:	TELÉFONO:

2) PÓLIZA No. \_\_\_\_\_ FECHA DE VIGENCIA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ FECHA DE ANIVERSARIO: 1 de Julio

## 3) CONTRIBUCIÓN EN EL PAGO DE PRIMAS:

☐ CONTRIBUTIVA

☐ NO CONTRIBUTIVA

El seguro para empleados elegibles entrará en vigor en la fecha convenida entre el Patrono o Contratante y la Compañía de acuerdo a lo indicado en la cláusula de elegibilidad, siempre que: si el plan es contributivo el 75% de participación será requerido y si es no contributivo el 100% de participación.

### FORMA DE PAGO:

<input type="checkbox"/>	Mensual
<input type="checkbox"/>	Trimestral
<input type="checkbox"/>	Semestral
<input type="checkbox"/>	Anual

**Nota:** El plan es contributivo cuando los empleados asegurados contribuyen al pago de primas. El plan es no contributivo cuando el patrono o contratante cubre por su cuenta la prima total de la póliza.

## 4) ELEGIBILIDAD:

Los empleados actuales de tiempo completo activamente dedicados a su trabajo llegarán a ser elegibles:	
<input type="checkbox"/> En la fecha de vigencia de la póliza o	<input type="checkbox"/> El primer día después de _____ meses de continuo y activo servicio.
Los empleados nuevos de tiempo completo activamente dedicados a su trabajo llegarán a ser elegibles:	
<input type="checkbox"/> Inmediatamente el primer día de su trabajo activo y permanente o	<input type="checkbox"/> El primer día después de _____ meses de continuo y activo servicio.
La fecha de elegibilidad de cualquier empleado que no esté trabajando activamente en la fecha en que debería ser elegible, será el día de su regreso a su trabajo activo.	

## 5) CUADRO DE CLASIFICACIÓN:

De acuerdo con el cuadro de seguros, los cambios de clasificación se efectuarán si el empleado está trabajando activamente, en la forma siguiente:

	En la fecha mensual de la póliza que coincide con la fecha del cambio de clasificación o la fecha mensual de la póliza subsiguiente a la fecha del cambio de clasificación
	En el aniversario de la póliza
X	Inmediatamente en la fecha del cambio.

Categorías de empleados de tiempo completo que serán excluidos: **NINGUNO**

## 6) CUADRO DE BENEFICIOS

### CUADRO DE BENEFICIOS SEGURO DENTAL

Máximo por año calendario combinado aplicable a los tipos I, II y III				Q8,000.00
Por el tratamiento de periodontología (incluido en el tipo II), la cantidad pagadera no excederá de un máximo vitalicio de				Q8,000.00
Deducible por año calendario para Gastos Dentales combinados de los tipos I, II y III, aplicable a cada persona asegurada				Q400.00
REEMBOLSO:	TIPO I	80%	TIPO III	50%
	TIPO II	80%		

El Plan Dental abarca una amplia variedad de beneficios bajo la póliza, dividiéndose en tipos los cuales se describen a continuación:

#### TIPO I - TRATAMIENTO PREVENTIVO

- A. Exámenes Orales
- B. Profilaxis
- C. Aplicación de Fluoruro
  - 1. Limitado a niños de 14 años o menos;
  - 2. Limitado a piezas dentales posteriores a los cúspides; y
  - 3. No más de una aplicación por año calendario por pieza dental
- D. Rayos X
- E. Pruebas de Laboratorio y Otros Exámenes de Diagnóstico
- F. Sellantes

#### TIPO II - TRATAMIENTOS RESTAURATIVOS

- A. Mantenedores de Espacios
- B. Tratamiento Paliativo de Emergencia
- C. Extracciones Simples
- D. Extracciones Quirúrgicas
- E. Cirugía Oral
- F. Alveolectomía
- G. Anestesia
- H. Inyecciones Terapéuticas
- I. Restauración - Calza posterior o anterior
- J. Endodoncia
- K. Periodontología

#### TIPO III - SERVICIOS MAYORES

- A. Incrustaciones
- B. Coronas
- C. Reparación de dentadura y puente
- D. Prótesis, incluyendo puente y dentadura

#### PLAN DENTAL - CONDICIONES GENERALES

1. No es relacionada con la ocupación.
2. Se incluye el requisito de autorización previa, por lo que todo tratamiento dental previo a efectuarse debe contar con la aprobación de Pan-American Life de Guatemala, la cual autorizará dicho tratamiento.
3. Nuevos empleados o familiares dependientes de 65 años de edad o más no serán elegibles para el seguro.
4. Cobertura de hijos solteros, dependiendo económicamente del empleado asegurado y estudiando a tiempo completo en un colegio o universidad hasta el cumplimiento de los 25 años de edad.
5. Plan Dental terminará al cumplimiento de los 70 años de edad, al retiro o jubilación del empleado asegurado, lo que primero ocurra.
6. Previo a todo tratamiento dental se requiere la presentación de radiografías.
7. PERÍODO DE CARENIA: Durante los primeros 3 meses de cobertura se excluyen los gastos incurridos por cualquier condición, exceptuando los gastos por accidente o enfermedad infecciosa.

## INCLUSIONES PLAN DENTAL

A excepción de lo expuesto en la estipulación de Exclusiones de esta oferta, los Cargos por Gastos Dentales elegibles consistirán en gastos incurridos con respecto al tratamiento dental por cualquiera de los servicios, suministros o tratamientos siguientes:

### Tipo I - TRATAMIENTO PREVENTIVO

- A. Exámenes Orales – exámenes orales rutinarios incluyendo diagnóstico, pero no más de dos exámenes con respecto al mismo Asegurado durante cualquier Año Calendario.
- B. Profilaxis – incluyendo limpieza, raspado de dientes, pulimento, pero no más de dos veces durante cualquier Año Calendario con respecto al mismo Asegurado.
- C. Aplicaciones de Fluoruro – limitado a niños de 14 años de edad o menores.
- D. Rayos X – incluyendo rayos X de toda la dentadura, pero no más de una serie de rayos X en un período de tres años; y rayos X con una placa sostenida paralela a los dientes, pero no más de dos veces por Año Calendario.
- E. Pruebas de laboratorio y otros exámenes para diagnóstico.
- F. Sellantes
  - 1. Limitados a niños de 14 años de edad o menores
  - 2. Limitados a piezas dentales posteriores a los cúspides, y
  - 3. No más de una aplicación por Año Calendario por pieza dental

### Tipo II - TRATAMIENTO RESTAURATIVO

- A. Mantenedores de espacio
- B. Tratamiento paliativo de emergencia
- C. Extracciones simples (rutinarias)
- D. Extracciones quirúrgicas
- E. Cirugía oral (ver tabla de procedimientos incluidos)
- F. Alveolectomía
- G. Anestesia
- H. Inyecciones terapéuticas
- I. Restauración – calza posterior o anterior, relleno de amalgama o proceso sintético pero excluyendo específicamente lo siguiente:
  - 1. corona
  - 2. instalación inicial de dentadura completa o parcial y reposición de dentaduras o unidades de puente fijo.
- J. Endodoncia
- K. Periodontología
  - 1. el monto total de beneficios pagaderos durante la vida de cada Asegurado por cualquier diagnóstico, servicios de cirugía o adicionales relacionados con enfermedad periodontal no excederán en ningún caso el máximo de periodontología indicado en el Cuadro de Seguro, y
  - 2. el monto total de los beneficios (incluyendo beneficios relacionados con tratamiento de periodontología) pagadero por gastos dentales cubiertos, incurridos durante cualquier Año Calendario, no excederá en ningún caso el Máximo del Año Calendario indicado en el Cuadro de Seguro.

### Tipo III - SERVICIOS MAYORES

- A. Incrustaciones
- B. Coronas
- C. Reparación de dentadura y puente
- D. Prótesis - incluyendo puentes y dentaduras
  - 1. la instalación inicial o adición a trabajo de dentaduras completas o parciales o puente fijo serán elegibles, siempre que:
    - a. dicha instalación o adición sea requerida como resultado de la extracción de uno o más dientes naturales debido a un accidente o enfermedad en o después de la fecha efectiva del seguro del Asegurado bajo esta Póliza;
    - b. la instalación o adición arriba mencionadas incluya la reposición de dicho diente extraído; y
    - c. el trabajo de dicha dentadura o puente sea completado dentro de los doce (12) meses siguientes a la extracción.
    - d. El trabajo de dentadura o puente será considerado como instalado inicialmente, sólo si dichas dentaduras o puente no reponen a cualquier dentadura o puente existentes.
  - 2. el reemplazo o alteración de dentaduras completas o parciales o puente fijo se considerarán pagaderos si la reposición o alteración es necesaria, si ocurrió en o después de la fecha efectiva del seguro del Asegurado bajo esta Póliza y si es completado dentro de los doce (12) meses después de:
    - a. una lesión accidental que requiera tratamiento quirúrgico, o
    - b. cirugía oral para aditamentos musculares, o la extracción de un tumor, quiste, elevaciones pequeñas o tejido redundante.
  - 3. el reemplazo de una dentadura completa o parcial cuando el mismo es requerido como resultado de un cambio estructural en la boca, siempre que:
    - a. el reemplazo sea efectuado después de cinco (5) años de la fecha de instalación de la dentadura, y
    - b. cualquier reemplazo no se efectuará en ningún caso si el seguro del Asegurado bajo esta Póliza no ha estado en vigor por lo menos dos (2) años.

## EXCLUSIONES PLAN DENTAL

No se pagará ningún beneficio por los siguientes Cargos por Tratamientos Dentales:

- 1. Gastos por servicios o suministros que hayan sido proporcionados al Asegurado, sin costo alguno para él, conforme a las leyes o regulaciones de cualquier gobierno o agencia gubernamental, con excepción de aquellos casos en que se haga un Cargo al Asegurado, por el cual esté legalmente obligado a pagar.
- 2. Cargos por servicios recibidos del departamento dental o médico de cualquier patrono, unión, gremio, sindicato, y asociación para beneficio del empleado, administrador u organización similar, o por servicios de un odontólogo o clínica contratados para o por cualquier organización de esa índole.
- 3. Cargos por cuidado o servicios que fueren necesarios como resultado de cualquier acto atribuible al Asegurado, por cometer o por la intención de cometer un asalto, agresión, felonía o acto de agresión, insurrección, rebelión o participación en una revuelta, o como resultado de un acto de o en el curso de una guerra, declarada o no.

4. Cargos por servicios dentales con fines cosméticos.
5. Cargos por reemplazo de dientes extraídos antes de la fecha efectiva de la cobertura del Asegurado bajo esta Póliza, a menos que el reemplazo reúna una de las condiciones enumeradas bajo la estipulación "Inclusiones" de esta Póliza.
6. Cargos por dentadura, coronas, incrustaciones, puentes o instrumentos o servicios para aumentar las dimensiones verticales.
7. Cargos por ajustes de dentaduras o puentes dentro de los tres (3) meses siguientes a su instalación.
8. Cargos por reemplazo de prótesis perdida o robada, o por una prótesis duplicada.
9. Cargos por programas o instrucciones de higiene oral, dietético o de control de placas.
10. Cargos por protectores bucales atléticos.
11. Cargos por coronas de porcelana o póntica sobre o para reemplazar un diente o dientes posterior a la bicusípide segunda, que excede la cantidad pagadera razonable y acostumbrada para coronas enchapadas de acrílico o pónticas.
12. Cargos por dentaduras o puentes temporales que, cuando combinados con el cargo por dentadura o puente permanente, excede la cantidad pagadera razonable y acostumbrada por la dentadura o puente permanente.
13. Cargos cobrados por el odontólogo en concepto de visita, a la cual el paciente no acudió.
14. Aquellos cargos por implantología y por las coronas que se requieran.
15. Cargos por procedimientos, servicios o suministros que no llenan los requisitos aceptables establecidos en la práctica dental.
16. Cargos por tratamientos iniciados mientras el Asegurado no estaba cubierto bajo esta Póliza.
17. Tratamientos, suministros o servicios que son considerados experimentales o de investigación.  
Dichos tratamientos, suministros o servicios, deberán ser reconocidos como experimentales o de investigación por las autoridades competentes del país.

## 7) GENERALIDADES:

- a) ¿Es este seguro solicitado en adición a algún seguro semejante actualmente en vigor con otra Compañía cubriendo a empleados elegibles bajo este seguro?
- ☐ SI ☐ NO

NOMBRE DE LA COMPAÑÍA:

PERIODO QUE CUBRE PAGO DE PRIMAS:

- b) ¿Es este seguro solicitado para reemplazar algún seguro semejante actualmente o previamente en vigor durante el año pasado, con otra compañía cubriendo empleados elegibles para este seguro?
- ☐ SI ☐ NO

NOMBRE DE LA COMPAÑÍA:

PERIODO QUE CUBRE PAGO DE PRIMAS:

- c) Toda la información y documentación relacionada con la presente Póliza podrá ser suministrada por el Contratante a la Compañía de forma física o digital/electrónica con la finalidad de administrar el seguro de forma eficiente y adecuada. Dicha información y documentación incluye toda la información relacionada a los Asegurados incluidos en la póliza, cambios en las cantidades del seguro, adiciones, terminaciones del seguro, cambios de clasificación, consentimientos (Tarjetas de Enrolamiento), adición de dependientes, cambios de beneficiarios de los Asegurados y demás documentación que requiera la Compañía para evaluar la asegurabilidad de los propuestos Asegurados. En los casos donde la información y documentación sea suministrada de forma digital/electrónica, el Contratante, por medio de la(s) persona(s) designadas por éste, enviará la información a la Compañía por los medios digitales disponibles, para lo cual el Contratante reconoce que es su responsabilidad la validez y veracidad de dicha información y documentación, la cual tendrá los mismos efectos como si la misma hubiera sido enviada de forma física. Asimismo, el Contratante expresamente consiente y autoriza a la Compañía para que toda la documentación e información relacionada con la Póliza sea administrada y entregada por medio de su intermediario de seguros, por lo que toda la documentación e información, física o electrónica/digital, que se reciba y envíe a través de éste tercero será considerada como válida y correcta. Si la Solicitud de Seguro es aprobada, solicito que la Póliza, y toda la documentación relacionada con ésta, sea enviada vía electrónica al correo señalado en la Solicitud de Seguro.

QUEDA ACEPTADO DE CONFORMIDAD QUE toda la información necesaria administrativa concerniente a todos los empleados asegurados, o empleados y sus familiares dependientes estarán sujetos a las estipulaciones de las(s) póliza(s) y deberá ser suministrada a la Compañía de Seguros por el patrono o Contratante, y que esta solicitud formará parte del Contrato que será emitido por la Compañía y que todas las declaraciones contenidas aquí son verídicas y cabales.

Fechado en Guatemala el: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Nombre del Contratante: \_\_\_\_\_  
(Nombre o Razón Social)

Correo electrónico del Contratante: \_\_\_\_\_  
(Para envío del Contrato Póliza)

Firma y Sello del Representante Legal: \_\_\_\_\_  
(Firma del Representante Legal) Sello

Firma del Agente: \_\_\_\_\_  
(Firma del Agente) Código Agente